Théod. DOMELA
4, Rue Léon Roches
TUNIS

23

Séance du 18 mai 1904

Présidence de M. le Dr Émile MOLCO, *président*.

Sont présents : les docteurs Émile Molco, Rioblanc, Cuénod, Morpurgo, Ferrini, Ortona, Guillaume Levi, Domela, Arloing et Hayat.

Après lecture et adoption des procès-verbaux de la dernière séance, la Société discute diverses questions d'ordre intérieur. Elle décide notamment qu'une personne étrangère à la Société peut en principe être admise à y prendre la parole, mais que ses communications ne figureront pas au procès-verbal.

La parole est au Dr Domela, qui lit le travail suivant :

SUR LA DILATATION DU CERVIX

PAR LE Dr DOMELA Lic. R. Coll. Phys. Lond.
Membr. R. Coll. Surg. Engl.

Messieurs,

Le cas que je vais vous décrire avec quelques détails m'a suggéré quelques réflexions sur les avantages de la dilatation manuelle du col. Voici d'abord l'observation :

Le 14 avril 1904, à 4 heures du matin, je fus appelé auprès de Mme X....., Française, primipare, âgée de 19 ans, de petite taille, mais bien conformée.

Dans l'après-midi du 11 avril, Mme X..., qui attendait son bébé d'un moment à l'autre, avait fait une promenade en voiture ; peu après, elle avait ressenti quelques contractions et une ou deux heures après, elle avait perdu les eaux. Depuis ce moment, elle a eu des douleurs assez irrégulières et plus ou moins vives, qui durent donc en tout depuis environ 60 heures, mais qui ne sont réellement fortes que depuis le 13 avril à 11 heures du matin, c'est-à-dire depuis 17 heures.

L'examen externe me donne ceci : le fond de la matrice est à un travers de main au-dessous de l'appendice xiphoïde ; la tête de l'enfant commence à s'engager dans le détroit supérieur,

mais sans être tout-à-fait immobile, le menton à gauche en avant ; le dos de l'enfant est à droite, mais très en arrière, les petites parties surtout à gauche. Le cœur s'entend convenablement dans la fosse iliaque droite, 120 pulsations à la minute.

Le *toucher vaginal* me permet de sentir la suture sagittale dans le diamètre oblique gauche du bassin ; la petite fontanelle se trouve à droite en arrière et en haut ; je ne puis arriver à la grande fontanelle. Le col est effacé, mais la dilatation n'atteint guère plus de 2 centimètres. La pelvimétrie externe me donne les mesures suivantes : diamètre bisépineux 23 centim., diamètre bisiliaque 26 centim., diamètre bitrochantérien 29 centim., et Baudelocque 18 c^m $^1/_2$. La pelvimétrie interne me donne un diamètre promonto-sous-pubien de 11 c^m $^1/_2$, donc un promonto-pubien minimum de 10 centim. (— 1 c^m $^1/_2$). C'est donc un bassin bien proportionné, mais légèrement rétréci dans tous les sens. Les douleurs me paraissent peu fortes.

La conduite à tenir était très simple ; attendre, injections vaginales chaudes, compresses chaudes, etc. ; et je m'en allai, l'état du fœtus et celui de la mère me paraissant bon. Je revins vers 10 heures du matin. État absolument stationnaire ; je prescris un bain chaud. Je revins vers 4 heures de l'après-midi : état absolument identique ; Mme X... s'était bien reposée après le bain, et les douleurs recommencent à présent un peu plus fortes qu'avant ; le fœtus se porte bien, 120 pulsations à la minute. Je ne me crois pas encore en droit d'intervenir. A huit heures du soir, les douleurs étaient meilleures, mais la dilatation ne dépassait certainement pas 3 centim. ; la tête était un peu plus engagée, mais n'était pas encore tout-à-fait immobile. Je me décide alors à terminer l'accouchement. Il est vrai que ni la mère ni l'enfant n'étaient en danger immédiat, mais voilà trois fois 24 heures que cela durait et nous n'étions guère plus avancés ; les chances d'avoir un accouchement naturel étaient à peu près nulles, et puisqu'il fallait donc recourir à des moyens plus énergiques, mieux valait ne pas attendre davantage et éviter les complications et les dangers à venir. J'introduis donc un ballon de Barnes, petit numéro, et je l'insuffle. Les douleurs deviennent immédiatement très fortes, et 20 minutes après, le ballon est expulsé. L'examen interne m'apprend que la dilatation est d'environ 4 centimètres ; j'avais donc gagné 1 centimètre à peu près. En préparant un grand ballon, correspondant au plus grand numéro de Champetier de Ribes, je vois qu'il est crevé (chose qui arrive si facilement dans les pays chauds surtout !) et je n'en ai pas d'autres sur moi. Je me décide donc à pratiquer la dilatation selon Bonnaire.

Malgré la rigidité dont le col avait déjà fait preuve, je réussis sans aucune difficulté sérieuse ; je sens que le tissu cède

régulièrement à la pression et je m'efforce à dilater dans tous les sens, en évitant toute concentration des forces sur un seul et unique point. Arrivé à une dilatation à peu près complète, je sens qu'une déchirure commence à se produire à droite et en arrière, je complète donc la dilatation sur les autres parties du contour ; à la fin, je sens encore une légère déchirure à gauche en avant ; je lâche le col immédiatement, et l'examen de contrôle m'apprend que la dilatation est complète ; hémorragie insignifiante.

Désireux de voir si la tête s'engage davantage d'elle-même, l'obstacle du col étant supprimé, j'attends encore une heure, tout en contrôlant le cœur de l'enfant. Mais la femme est épuisée et les douleurs sont à peu près nulles ; la tête ne s'engage donc pas davantage et la rotation de la tête ne s'accentue pas non plus. J'applique donc le forceps tout en haut dans le diamètre oblique droit du bassin, et en combinant la traction de première position avec quelques mouvements rotatoires, j'arrive, quoique fort péniblement, à appliquer le front de l'enfant sous la symphyse ; en élevant le forceps en troisième position, je termine l'accouchement de la tête, et le corps suit immédiatement. Légère déchirure du périnée, du premier degré, due surtout à la fatigue de la main gauche, qui n'avait presque plus de force pour protéger le périnée. Les suites des couches sont bonnes, sauf une légère élévation de la température dans la deuxième semaine, qui a disparu après une injection intra-utérine.

Le bébé se porte également bien, la branche antérieure de la cuiller droite de mon forceps sur laquelle s'était surtout porté l'effort des mouvements rotatoires avait fait une petite marque sur la peau de la tempe droite, mais il n'y a pas eu de paralysie faciale. Circonférence de la tête, 35 centimètres.

*
* *

Épicrise. — Au moment où je me suis décidé à faire la dilatation, j'aurais pu faire la version combinée selon Braxton Hicks, mais vous comprenez que cela aurait été beaucoup plus dangereux pour la mère aussi bien que pour l'enfant ; je n'y ai donc pas pensé sérieusement.

Plus tard, avant d'appliquer le forceps, j'aurais pu faire la version interne ; j'y ai pensé un moment à cause de la tête qui était encore très haut placée et à cause des dimensions du bassin ; si j'ai préféré le forceps, c'était

surtout pour éviter à une matrice déjà très fatiguée une version à sec qui aurait pu mettre ses parois en danger.

Voici maintenant quelques observations d'ordre plus général, à propos du cas que je viens de vous décrire :

Le rapprochement remarquable qu'on peut constater actuellement entre les différentes écoles de l'art obstétrical est certainement dû aux concessions réciproques. L'école française, jadis trop interventionniste, a renoncé aux victoires trop chèrement achetées ; l'école anglaise, autrefois trop craintive, s'est inspirée d'une vie nouvelle ; l'école allemande a non seulement rattrapé son retard, elle a même acquis une place prépondérante, grâce à son esprit critique et éclectique. Il est inutile de dire que l'antisepsie et l'asepsie ont joué là aussi un rôle capital, en permettant aux accoucheurs de doubler victorieusement le cap des infections puerpérales. Grâce à bien d'autres progrès encore, l'art des accouchements, basé plus que n'importe quelle partie de la médecine, sur les données exactes de la mathématique et de la mécanique, est devenue une science singulièrement précise et positive.

Il est d'autant plus étonnant de constater les divergences énormes qui existent encore au sujet de certaines manipulations relativement rares, entre autres à propos du procédé qui a pour nom : l'accouchement forcé. Ce procédé, le *nec plus ultra* de certains accoucheurs, est presque un crime aux yeux des autres. Rien que le nom est déjà de mauvais augure, car l'accoucheur, plus que tout autre, préfère la souplesse et la douceur à la force brutale, lorsqu'il s'agit de faire sortir un être fragile, comme le nouveau-né, de la partie la plus délicate du corps de la femme. Bonnaire, en proposant la nouvelle dénomination de : *accouchement accéléré,* a fait une véritable trouvaille ; accélérons, s'il le faut, ne forçons pas.

Je ne crois pas exagérer en disant que c'est le col de la matrice qui est l'obstacle le plus ennuyeux auquel puisse venir se heurter l'accoucheur. D'autres obstacles peuvent être plus dangereux, nous le savons tous : mais

qu'est-ce qu'il y a de plus ennuyeux au monde qu'un col de matrice qui ne s'efface pas et qui ne se dilate pas? C'est donc presque avec rage que les accoucheurs du monde entier se sont creusés la tête pour trouver des procédés et des instruments qui permettent de dilater sans aucun danger un col réfractaire. Et certes ils n'ont pas encore réussi. Oui, nous pouvons faire beaucoup de choses, beaucoup trop même. Vous parler des incisions du col, des ballons dilatateurs de Barnes, de Champetier de Ribes et de tant d'autres, serait presque vous faire injure. Vous connaissez, du reste, les inconvénients de ces procédés, qui tous ont aussi leurs bons côtés et qui tous ont donné occasionnellement des résultats satisfaisants.

Les incisions du col ne sont pas sans danger, même quand on les fait selon la seule manière convenable, c'est-à-dire en rendant le col bien accessible aux yeux; elles prédisposent à la rupture de la matrice et peuvent provoquer des hémorragies considérables; en dehors de cela, on court le risque d'une infection, car on ouvre autant de portes d'entrées aux microbes qui pullulent *toujours* dans le vagin de *toutes* les femmes accouchées, même de celles qui n'ont jamais été examinées.

Les ballons dilatateurs sont bien difficiles à stériliser, grâce aux nombreuses petites fentes qui se produisent dans le caoutchouc; en outre, mieux on les stérilise, plus facilement on les fait sauter en les gonflant, surtout dans un pays comme la Tunisie, où le caoutchouc se détériore si vite. Ils ont encore le grand inconvénient de déplacer la tête de l'enfant, pour peu qu'ils aient à peu près les dimensions suffisantes. Reste le fameux dilatateur de Bossi, qui mérite plutôt une place dans un musée d'obstétrique que dans la trousse d'un accoucheur.

Cet instrument est, à mon avis, la négation de tout principe chirurgical moderne, car l'opérateur ne peut ni voir ni sentir ce qu'il fait, donc le résultat est une question de chance; en outre, cet instrument est beaucoup trop compliqué; en dernier lieu, ce dilatateur ne

dilate pas, mais il ne coupe pas non plus franchement; il déchire, et les plaies qu'il occasionne ont donc tous les désavantages des plaies causées par des instruments contondants et par le tiraillement ; l'effort même de l'instrument est mauvais, car il écarte horizontalement de dedans en dehors, et non pas en même temps de haut en bas. La modification de Frommer, qui a porté le nombre des branches à 8, est certainement une amélioration ; l'instrument de Frommer déchire moins et dilate davantage, mais les autres inconvénients persistent.

Un instrument plus logique, sinon plus simple, est celui qu'a proposé le Dr Schwarzenbach, ancien chef de clinique à la Maternité de Zürich, où j'ai eu le plaisir de travailler longtemps sous sa direction. Cet instrument, que ceux de vous qui s'occupent d'obstétrique connaissent sous le nom de « tulipe », est construit suivant des principes plus scientifiques, car les cuillers des 4 branches réunies ont absolument la forme de la tête du fœtus ; l'effort, en outre, se fait dans une direction tout-à-fait correspondante à l'effort naturel, de dedans en dehors et de haut en bas. La tulipe de Schwarzenbach, une fois mise en place, me semble un instrument parfait ; la dilatation se fait rapidement et selon une manière naturelle. Le gros inconvénient, c'est qu'il faut d'abord réussir à la mettre en place, et cela est souvent fort difficile. Il est arrivé aux meilleurs accoucheurs de ne pouvoir mettre que 3 des 4 branches. En outre, le procédé de Schwarzenbach fait présumer que le col est déjà un peu dilaté.

Que nous reste-t-il donc, Messieurs, quand on ne peut, quand on ne doit pas attendre le bon plaisir du col de la matrice ? quand la vie de l'enfant, quand la vie de la mère est en danger ?

L'art obstétrical a ceci de particulier : qu'il n'est que la répétition périodique d'un certain nombre de procédés qui se perdent et se retrouvent au gré des accoucheurs. Etudiez son histoire et vous y retrouverez sous d'autres noms, non moins illustres, les manipulations actuelle-

ment connues sous des noms plus modernes. Il a fallu le génie d'un Ambroise Paré pour découvrir la version sur le pied, qui était connue de toutes les accoucheuses d'Athènes et de Rome. L'extraction de la tête d'après Veit fut inventée avant lui par Smellie, Levret et Mauriceau ; et tout fait supposer que Mauriceau n'a pas été le premier à l'appliquer. Cela ne diminue en rien le mérite du dernier inventeur, car il faut souvent plus de courage pour recommander une méthode ancienne que pour proposer un procédé tout-à-fait nouveau. On a donc le droit d'appeler *dilatation d'après Bonnaire* la dilatation du col de la matrice, tel que l'a déjà pratiquée à peu près l'accoucheur suédois Von Hoorn, en 1690, c'est-à-dire plus de deux cents ans avant que l'habile accoucheur de Lariboisière l'ait remise en usage.

La dilatation, d'après le procédé de Bonnaire, remplit, à mon avis, toutes les conditions voulues : la simplicité, la propreté, l'efficacité et l'innocuité relative. Je n'ai pas besoin de vous en vanter la simplicité et la propreté.

L'efficacité me semble démontrée par les nombreuses publications qui ont paru à ce sujet les trois dernières années. A ma connaissance, l'accoucheur est toujours arrivé à son but : la dilatation du col. Il a fallu parfois endormir la femme, mais cet obstacle n'en est pas un, surtout puisque la dilatation doit être fréquemment suivie de l'application du forceps sur une tête relativement haut placée, ou d'une version interne avec extraction, forceps ou version étant commandés comme la dilatation elle-même par la nécessité d'accélérer l'accouchement.

Suivant les cas, la dilatation est plus ou moins facile ; certains auteurs l'ont exécutée en quelques minutes ; d'autres y ont mis 10 à 15 minutes et davantage. Cela doit dépendre de la rigidité du col et de ce qui a déjà été fait par les forces naturelles ; à priori les primipares sont les meilleurs sujets, étant donné que la dilatation d'un col effacé est bien plus facile que celle d'un col où

tout reste à faire. Quoiqu'il en soit, avec de la patience et de la méthode, on réussit toujours.

En dernier lieu, j'ai cité comme avantage de ce procédé,son innocuité relative. En effet, je n'ai connaissance que de très peu de complications réellement fâcheuses. Le principal danger est la déchirure du col, mais elle est plus rare que dans les autres procédés de dilatation, et l'on peut plus facilement éviter qu'elle ne devienne trop profonde. J'ai réuni — mais vous savez que les ressources littéraires dont nous disposons à Tunis sont encore restreintes — de 90 à 100 cas, ceux de Bonnaire, Treub (publiés dans les thèses de ses deux élèves : Van Oort et Meuleman) et Meurer, etc. Le nombre des déchirures est relativement petit et en dehors de quelques hémorragies qu'on a toujours pu arrêter, il n'y a pas eu de conséquences fâcheuses. Un autre danger est l'atonie de la matrice et l'hémorragie utérine qui en est la suite fatale. Mais cette atonie ne provient pas de la dilatation même du col ; elle est la conséquence de l'évidement rapide de la matrice, que ce soit par l'application des fers ou par la version et extraction. Seulement, je vous prie de remarquer que nous ne parlons ici que d'accouchements où la méthode rapide s'imposait absolument, dans l'intérêt même de la mère ou de l'enfant. Du reste, nous avons dans le procédé de Dührssen un remède tellement énergique et tellement sûr contre l'hémorragie après l'accouchement, que personnellement je ne crains pas de déclarer qu'un accoucheur bien armé ne doit plus perdre de femme par cette complication-là.

Nous pouvons donc courir ce risque, sans pour cela négliger de veiller et d'être prêts à parer ; nous en avons même le devoir, car les circonstances qui nous font agir d'une manière si énergique sont la conséquence d'un état grave, mettant la mère ou l'enfant en danger.

Pour finir, je résumerai quelques indications relatives aux conditions dans lesquelles il faut avoir recours au procédé de Bonnaire :

Il faut dilater le col, quand l'accouchement accéléré

s'impose ; c'est-à-dire : 1° dans l'intérêt de l'enfant quand celui-ci va périr, et c'est le cœur de l'enfant qui nous donnera les renseignements les plus précieux ; 2° dans l'intérêt de la mère : *a)* quand son état général exige une intervention radicale ; *b)* dans le cas d'éclampsie, quand les moyens moins radicaux paraissent insuffisants ; *c)* dans le cas de placenta prævia, quand l'hémorragie devient inquiétante.

C'est surtout dans les cas de placenta prævia que le procédé de Bonnaire a remporté jusqu'à présent ses plus belles victoires. Je vous cite, à ce propos, les chiffres suivants du professeur Treub : 35 cas de placenta prævia; mortalité des mères, 2, c'est-à-dire 5,7 $^0/_0$; mortalité des enfants, 5, c'est-à-dire 14 $^3/_{10}$ $^0/_0$. Il est vrai que sur les 30 enfants vivants, 9 sont morts ensuite dans les premiers quinze jours de leur existence ; mais ces 9 enfants étaient tous nés avant terme, comme cela arrive si souvent dans les cas de placenta prævia et l'on ne peut certainement pas attribuer leur mort au procédé de Bonnaire, car c'est, au contraire, grâce à ce procédé qu'ils sont nés vivants.

Du reste, même en réunissant les deux chiffres de mortalité, il reste 21 enfants nés vivants (dont 18 à terme et 3 avant terme) et restés en vie, sur un total de 35, c'est-à-dire 60 $^0/_0$. Or, vous savez que le procédé de choix qui a été le plus généralement recommandé jusqu'à présent. la version combinée de Braxton-Hicks, donne une mortalité moyenne d'environ 5 à 6 $^0/_0$ pour les mères (donc égale à celle de Treub) tandis que la mortalité immédiate des enfants est au bas mot de 60 $^0/_0$, sans compter les enfants nés vivants avant terme qui succombent après. L'avantage du procédé de Bonnaire me semble donc très réel, en attendant qu'il devienne plus grand encore. Les statistiques des autres auteurs donnent à peu près les mêmes chiffres, mais le nombre de leurs cas est trop restreint pour en tirer des conclusions.

Mais le but principal de cette communication n'est pas de vous dire *quand* faut-il dilater un col récalcitrant;

j'ai surtout voulu vous dire *comment* il faut dilater, à mon avis. D'un autre côté, quand nous aurons à notre disposition un procédé de dilatation simple et efficace, qui n'offre aucun inconvénient dangereux, nous nous déciderons aussi plus facilement à dilater et nous pourrions ainsi sauver — j'en suis convaincu — un certain nombre de mères et surtout un grand nombre d'enfants.

Pourtant, je ne désire pas terminer ces quelques remarques sans vous dire que je suis un adversaire absolu de toute intervention obstétricale sans indication absolue et que je n'approuverai jamais une dilatation, même d'après le procédé de Bonnaire, faite uniquement pour « que cela soit terminé un peu plus vite ».

Avec ces restrictions, je crois pouvoir dire que l'accouchement forcé d'autrefois, rené à notre art sous le nom d'accouchement accéléré ou méthodiquement rapide, selon les formules de Bonnaire, pourra nous rendre de très réels services.

*
* *

Conclusions

1° Le procédé de dilatation selon Bonnaire est, à tous les points de vue, le meilleur; il est même le seul vraiment recommandable ;

2° Il est indiqué partout où l'accouchement immédiat s'impose, soit dans l'intérêt de la mère, soit dans l'intérêt de l'enfant.

3° Ma ligne de conduite, en cas de placenta prævia, si le tamponnement est insuffisant, est : dilater selon Bonnaire, faire sauter la poche des eaux et écarter le placenta ou bien le perforer (selon sa situation), version interne et extraction immédiate ;

4° Ma ligne de conduite, en cas d'éclampsie, si une opération s'impose, est : dilater selon Bonnaire, faire sauter la poche des eaux, application du forceps ou version interne et extraction selon les circonstances.

Discussion :

Le Dr G. Levi : Je fais mes compliments à M. le Dr Domela pour son étude consciencieuse et documentée ; j'ai pourtant quelques objections à lui adresser. Je suis bien loin de partager le mépris de notre distingué confrère pour le dilatateur de Bossi, dont je dois déclarer que je me suis servi dans des cas semblables à celui qu'il nous a décrit, avec résultat satisfaisant. Ainsi, tout récemment, dans un cas très grave d'éclampsie, dans lequel il était extrêmement urgent de hâter l'accouchement, parce que les accès étaient très fréquents et duraient déjà depuis des heures, avec le dilatateur de Bossi je pus obtenir, dans l'espace d'une demi-heure environ, la dilatation complète d'un col qui, non seulement était entièrement fermé, mais conservait aussi toute sa longueur, et cela sans aucune lacération. J'aurais pu obtenir la dilatation beaucoup plus rapidement, si je n'avais pas tenu à procéder expressément avec la plus grande lenteur, ce qui est le seul moyen d'avoir une bonne dilatation régulière et sans lacérations.

D'après ma pratique personnelle, et d'après les nombreuses applications qui ont été faites par les accoucheurs italiens et étrangers, je suis persuadé que cet instrument peut être très utile, particulièrement lorsqu'il s'agit de hâter l'accouchement chez des femmes qui ne présentent pas d'anomalie du col de l'utérus, et que, dans ces cas, il doit être vivement conseillé.

Sans doute, dans les cas de maladie ou de rigidité très forte du col de l'utérus, le dilatateur de Bossi, ainsi que, du reste, tout autre dilatateur et la dilatation manuelle elle-même peuvent produire des lacérations, et en cela je suis complètement d'accord avec M. le Dr Domela. Mais notre distingué confrère craint et désapprouve les incisions du col à la Dührssen, qui pourraient être le point de départ d'infections, il désapprouve les dilatateurs et conseille un procédé de dilatation qui, comme tous les autres, peut produire des lacérations, puisque celles-ci se sont produites dans son cas ; il me semble donc que toutes les méthodes rapides de dilatation peuvent avoir ce même inconvénient.

Je fais cependant observer que les progrès actuels de la chirurgie et de l'antisepsie ne permettent pas au chirurgien ou à l'accoucheur, lorsque, par un retard, la vie de la mère ou de l'enfant est menacée, de s'arrêter devant un col de l'utérus fermé et qui résiste à la dilatation faite avec les procédés trop doux. C'est pour cela qu'on a imaginé un procédé opératoire qui n'a pas été cité par notre confrère et qui correspond parfaitement, dans les cas de rigidité absolue du col de l'utérus, aux indications obstétricales : je veux parler de l'opération

Césarienne vaginale selon la méthode Acconci-Dührssen, à laquelle Pestalozza a donné le nom de hystéro-cervicotomie.

Dans cette opération, le col de l'utérus est détaché de ses insertions vaginales, libéré de ses adhérences avec la vessie, qui, étant assez lâches, se laissent facilement détacher. A cause de la grossesse avancée, le péritoine aussi est très peu adhérent et peut être facilement détaché de l'utérus ; par conséquent, on est en présence d'une extension considérable cervico-utérine qu'on peut inciser (voire entre deux klammers pour éviter la perte de sang), et par cette ouverture on obtient un espace assez large pour arriver à la terminaison rapide de l'accouchement. Celui-ci terminé, il n'y a qu'à suturer la plaie, et la cicatrisation se fait rapidement par première intention si on a eu soin d'observer strictement toutes les règles antiseptiques.

A mon avis, cette intervention opératoire est la plus conforme aux vues de la chirurgie moderne et doit attirer toute notre sympathie, parce qu'elle est assez facile à exécuter et ne présente aucun danger grave, puisque la cavité péritonéale n'est pas ouverte, et que l'hémorragie peut être empêchée par l'application préventive des longuettes ou klammers. Du reste, les statistiques que nous possédons sur cette opération sont assez favorables, et les accoucheurs qui l'ont adoptées sont très nombreux, quoiqu'elle ait été conseillée pour la première fois seulement en 1895 par Acconci et en 1896 par Dührssen.

Je citerai, parmi ceux qui l'ont pratiquée, Rühl, Winter, Michelini, Mittermaïer, Steiffart, Schauta, Baum, Olshausen et Kotschau.

Le Dr Molco : En général, je suis bien d'accord avec ce que vient de nous dire le Dr Domela ; cependant, je tiens à affirmer que j'apprécie le dilatateur de Bossi et qu'il m'a rendu de grands services. Il est certain que si l'on veut faire vite, on déchire ; mais si l'on prend son temps, si l'on a du temps devant soi, on est sûr de faire avec cet instrument une bonne dilatation.

Le Dr Domela : Je répondrai à Messieurs les Drs Levi et Molco — que je remercie d'avoir bien voulu prendre la parole à propos de ma communication — que je ne nie pas qu'on peut obtenir de bons résultats avec le dilatateur de Bossi ; mais ces quelques bons résultats ne m'empêchent pas de maintenir l'opinion que j'ai émise sur cet instrument, dont l'usage me paraît en général peu recommandable. On ne voit absolument pas ce qu'on fait et on ne sent pas davantage ; les statistiques montrent clairement qu'on s'expose à des déchirures nombreuses et profondes, dont on ne s'aperçoit qu'après l'opération (c'est, du reste, ce qu'on peut reprocher à tous les dilatateurs métalliques).

L'usage de cet instrument est doublement dangereux quand il s'agit d'un placenta prævia. En dernier lieu, on ne peut pas toujours transporter avec soi un instrument volumineux et compliqué comme celui de Bossi; cet argument n'en est pas un, si vous voulez, mais il a pourtant son importance. Toutes ces raisons me font préférer le procédé de Bonnaire ; en effet, quoi de plus souple, de plus adroit et de plus commode que les doigts ?

Quant à l'opération césarienne vaginale de Dührssen, je ne comprends pas comment le Dr Levi peut l'opposer à la dilatation du cervix d'après Bonnaire. C'est une opération fort délicate qui demande un arsenal chirurgical complet et une assistance parfaite, choses qu'on ne trouve guère dans la chambre d'une femme en couches et qu'on ne peut pas se procurer rapidement non plus.

Les résultats obtenus par le spécialiste hors ligne qu'est Dührssen, travaillant en outre dans un milieu tout-à-fait favorable, ne doivent pas nous aveugler; la mortalité de cette même opération, faite par des accoucheurs dans la clientèle privée serait sans aucun doute assez considérable. Je n'admets cette opération que dans quelques cas exceptionnels, c'est-à-dire dans certains états maladifs du col, comme le cancer, certaines sténoses, etc. Et je le répète, les difficultés opératoires de ces deux procédés *ne peuvent même pas être comparées.*

La séance est levée à sept heures et demie.

Séance du 8 juin 1904

Présidence de M. le Dr Émile MOLCO, *président.*

La séance est ouverte à cinq heures et demie du soir.

Sont présents : les docteurs Émile Molco, Rioblanc, Ferrini, Morpurgo, Cuénod, Plancke, G. Funaro, Ortona, Valensi, Guillaume Levi, Cattan, Émile Lévy, Lafforgue, Lemanski, Nicolle, Arloing, Cassuto, Soria.

Le Dr Lombardo, médecin de la Faculté de Naples, interne à l'Hôpital Italien, est admis comme membre titulaire de la Société.

Le Dr Cattan demande la parole et développe les considérations suivantes, relatives à la création récente de l'École des auxiliaires médicaux de l'Hôpital Sadiki :

Considérant que la création d'une École d'auxiliaires médicaux ne se justifierait que dans le cas où les médecins diplômés seraient en petit nombre en Tunisie ;

Considérant que les médecins diplômés, dont le nombre va toujours croissant, suffisent amplement à assurer le service médical ;

Considérant que le rôle d'infirmier ou d'interprète, dans lequel on prétend confiner des jeunes gens qui, pendant 4 ans, ont reçu un véritable enseignement médical, est absolument illusoire et qu'ils seront amenés fatalement à exercer la médecine ;

Considérant que la défense qui leur est faite par la loi d'exercer sera de nul effet, puisqu'actuellement, à Tunis même, l'empirisme s'étale impuni et qu'un contrôle rigoureux est absolument impossible ;

Considérant qu'on aboutit ainsi à la formation d'un corps d'empiriques d'autant plus dangereux qu'ils seront munis d'un semblant de diplôme ;